

Preguntas que se Deben Hacer al Elegir un Plan



El Mercado de Seguros Médicos ofrece distintos tipos de planes para satisfacer una variedad de necesidades y presupuestos. La mayoría de las personas califican para obtener ahorros y hacer que la cobertura médica sea accesible. Compare los planes basándose en lo que es importante para usted y elija el precio y cobertura que mejor se adapte a sus necesidades. Hágase estas preguntas al comprar una cobertura del Mercado.

¿Puedo obtener ayuda para pagar una cobertura del Mercado?

Cuando usted se inscribe en un plan de salud en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) puede encontrar planes con primas bajas si califica para ahorros. Puede buscar planes y obtener precios estimados. Después de completar una solicitud del Mercado, sabrá si califica para ahorros.

Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs) para ver si puede calificar para ahorros en el Mercado según sus ingresos.

¿Qué beneficios cubren los planes de salud?

Todos los planes de salud en el Mercado ofrecen “beneficios de salud esenciales”, que son un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro de salud deben cubrir según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Estos beneficios cubren cosas como visitas al médico, recetas, hospitalizaciones, embarazo y más.

Los planes médicos ofrecen otros beneficios como programas de administración de la visión, dental o médica para una enfermedad o condiciones específicas. Sin embargo, los beneficios específicos pueden ser diferentes en cada estado. Incluso dentro del mismo estado, pueden existir pequeñas diferencias entre los planes. Si compara los planes, verá qué beneficios cubren cada plan. Para obtener más información sobre los beneficios que cubren los planes de salud, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/coverage/what-marketplace-plans-cover/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/coverage/what-marketplace-plans-cover/).

¿Cómo elijo un plan?

Al elegir un plan, es una buena idea pensar en sus costos totales de atención médica, no solo en la prima que paga a su compañía de seguros todos los meses.

Sus gastos de bolsillo pueden tener un gran impacto en sus gastos totales de atención médica. Revise los costos del plan para:

- **Deducibles:** la cantidad que paga por los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar
- **Coseguro:** un porcentaje del costo total que paga cuando obtiene un servicio, como el 20%
- **Copagos:** una cantidad fija que paga cuando recibe un servicio, como \$25

Para elegir un plan basado en sus costos totales de atención médica, deberá calcular la cantidad de atención que es probable que utilice para el año siguiente. Al comparar los planes en el Mercado, puede elegir el uso médico que cada miembro de la familia espera como bajo, medio o alto. Cuando vea los planes, verá una estimación de sus costos totales—incluyendo las primas mensuales y todos los costos de su propio bolsillo—en función de la cantidad de atención médica que espera que use su hogar.

Dentro de las categorías de planes de salud, algunos planes tienen precios sencillos. Estos planes tienen el mismo costo de bolsillo dentro de su categoría de plan de salud para deducibles, máximos de bolsillo, copagos y coseguro. También incluyen algunos beneficios antes de alcanzar el deducible. Solo pagará un copago por servicios como atención de urgencia, visitas al médico y al especialista, y medicamentos genéricos y preferidos.

¿Cuáles son los diferentes niveles o categorías del plan?

Los planes del Mercado se dividen en 4 categorías: Bronce, Plata, Oro y Platino. Los planes catastróficos son una quinta categoría de planes de salud que están disponibles para algunas personas. **Estas categorías de planes de salud se basan en cómo usted y su plan se dividen los costos de su atención médica. No tienen nada que ver con la calidad de la atención que recibiría.**

Generalmente, las categorías de planes con primas más altas (Oro y Platino) tienen deducibles más bajos. Las categorías con primas más bajas (Bronce y Plata) tienen deducibles más altos.

¿Qué son los planes de salud catastróficos?

Los planes de salud catastróficos tienen primas mensuales bajas y deducibles muy altos. Pueden ser una forma accesible de protegerse de los peores escenarios, como enfermarse o lesionarse gravemente. Pero usted mismo paga la mayoría de los gastos médicos de rutina.

Si tiene menos de 30 años, puede inscribirse en un plan Catastrófico. Si tiene 30 años o más, puede inscribirse en esta categoría de plan solo si califica para una exención por dificultad económica o dificultad económica. Para obtener más información sobre las exenciones, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage-exemptions/forms-how-to-apply/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/health-coverage-exemptions/forms-how-to-apply/).

¿Qué categoría de plan funcionará para mí?

- **Si usted espera una gran cantidad de visitas al médico o necesita recetas regulares:** puede que desee un plan Oro o Platino. Estos planes generalmente tienen primas mensuales más altas pero deducibles más bajos.
- **Si no espera usar los servicios médicos regulares y no toma recetas regulares:** es posible que desee un plan Plata o Bronce. Estos planes le cuestan menos por mes, pero tienen deducibles más altos, por lo que pagará más antes de que el plan comience a pagar.

Si califica para ahorros adicionales en costos de bolsillo: su mejor valor puede ser un plan Plata. Si califica para una “reducción de costos compartidos” basada en sus ingresos, puede ahorrar dinero en costos de bolsillo cuando recibe atención, como deducibles y copagos, pero solo si se inscribe en un plan Plata. Para ver si puede calificar para ahorrar, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs).

¿Puedo obtener cobertura dental en el Mercado?

Algunos planes de salud ofrecen cobertura dental, pero no todos. Si desea cobertura dental y su plan no la ofrece, puede inscribirse en un plan dental separado al mismo tiempo que se inscribe en un plan de salud. Algunos planes dentales solo cubren a los niños y otros cubren a las familias. Debe revisar los detalles del plan para asegurarse de que el plan incluya los beneficios que desea.

Todos los planes deben ofrecer cobertura dental a niños de 18 años o menos. Si califica para los ahorros y se inscribe en un plan de salud del Mercado, cualquier ahorro sobrante se aplicará a la cobertura dental de su hijo, ya sea como parte de su plan de salud o como un plan dental separado.

¿Mi médico actual y los medicamentos recetados estarán cubiertos?

Cuando compare planes en el Mercado, tendrá la opción de ingresar sus médicos, centros médicos y medicamentos recetados. Cuando vea los planes, verá si cada plan cubre los médicos, las instalaciones médicas y los medicamentos recetados que ingresó.

¿Cuál es la calificación de calidad del plan de salud?

Compare los planes de salud en el Mercado utilizando la calificación de calidad de cada plan. Los planes se califican en una escala del 1 al 5. Cinco estrellas significa que el plan tiene la más alta calidad. En algunos casos, es posible que las calificaciones con estrellas no estén disponibles, como cuando los planes son nuevos o tienen poca inscripción. La falta de una calificación de estrellas no significa que los planes tengan una calificación de baja calidad. Para obtener más información sobre las calificaciones de calidad, visite [Marketplace.cms.gov/outreach-and-education/choosing-high-quality-plan-spanish.pdf](https://www.cms.gov/outreach-and-education/choosing-high-quality-plan-spanish.pdf).

¿Tiene preguntas? Existe ayuda disponible.

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan) para obtener más información o [CuidadoDeSalud.gov/es/see-plans](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/see-plans) para buscar planes y precios antes de presentar la solicitud.
- Encuentre a alguien en su área para ayudarlo en [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](https://www.AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice), (en inglés)

o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 11672-S
Septiembre 2022

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



[CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov)